UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1944-1945 — N° 87

LES

LUXATIONS TRAUMATIQUES INTERPHALANGIENNES des quatre derniers doigts

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 20 Avril 1945

PAR

Michel RIVIÈRE

Né à TARNOS (Landes), le 27 Mars 1919

Examinateurs de la Thèse

MM. VILLEMIN, professeur ..... *Président.*
LOUBAT, professeur..... *Juges.*
DUFOUR, agrégé..... *Juges.*
MAGENDIE, agrégé..... *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE RENÉ SAMIE
21, 23, rue Teulère

1945

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1944-1945 — N° 87

LES

LUXATIONS TRAUMATIQUES INTERPHALANGIENNES des quatre derniers doigts

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 20 Avril 1945

PAR

Michel RIVIÈRE

Né à TARNOS (Landes), le 27 Mars 1919

Examinateurs de la Thèse

MM. VILLEMIN, professeur ..... *Président*
LOUBAT, professeur..... } *Juges.*
DUFOUR, agrégé..... }
MAGENDIE, agrégé..... }

BORDEAUX
IMPRIMERIE RENÉ SAMIE
21, 23, rue Teulère

1945

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen..... M. DUPÉRIÉ
Assesseur..... M. LABAT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, BEILLE, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ABADIE, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	N.	Clinique ophtalmologique....	BEAUV
id.	DUPÉRIÉ.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOUBAT
Clinique chirurgicale et gynécologique	JEANNENEY.	Clinique des maladies infectieuses	DAMAI
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Chimie biologique et médicale	MACHE
Clinique d'accouchements ..	RIVIÈRE.	Physique médicale et pharmaceutique	N.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY.	Médecine coloniale et clin.des maladies exotiques	BONNIN
Anatomie	VILLEMIN.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DARGE
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-M
Médecine légale et déontolog.	DERVILLÉE.	Clinique d'oto-rhino-laryngol.	N.
Electroradiologie et cliniq. d'électricité médicale	RÉCHOU.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Chimie	CHELLE.	Hydrologie thérapeutique et Climatologie	CREYX.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Clinique odonto-stomatologique ..	DUBEC
Pharmacie	VITTE.		
Physiologie	FABRE.		
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.		
Médecine expérimentale	N...		
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN.		

PÉRY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales), CHARRIER (Chirurgie gé FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Obstétrique	N.
Physiologie	FRANCK.	id.	MAHON
Médecine générale	PIECHAUD.	Ophtalmologie	N...
id.	N.	Oto-Rhino-Laryngologie	DESPO
id.	N.	Dermatologie et syphiligraphie	N...
id.	BROUSTET.	Physique médicale	N...
id.	N.	Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	CASTA
id.	SARIC.	Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARI
id.	DUBARRY.	Pharmacie	MESNA
Chirurgie générale.....	N.	Histoire naturelle médicale et parasitologie	R. MAN
id.	MASSÉ.		
id.	N.		
id.	MAGENDIE.		
id.	POUYANNE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.	Chimie minérale	CASTA
Accouchements	MAHON.	Botanique	GIRARI
Puériculture	FAUGÈRE.	Cryptogamie	GIRARI
Zoologie et parasitologie ...	R. MANDOUL.	Pharmacie galénique.....	MESNA
Urologie	N...	Bactériologie.....	MOURE
Législation pharmaceutique .	POPLAWSKI.	Physiologie	Mlle RO
Ophtalmologie	N...	Chimie biologique	TAYEA
Anatomie	J. BEAUVIEUX.	Parasitologie, biologie appliq.	PAUTR

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans le qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA MERE ET A MON PERE,

Qui m'ont fait ce que je suis.

A MA FEMME ET AUX SIENS.

A MA FAMILLE.

A MES AMIS.

A Monsieur le Docteur BARROUX,

Chirurgien des Hôpitaux,

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et m'a dirigé dans mon travail.

A Monsieur le Professeur LOUBAT,

Professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédique,
Membre associé national de l'Académie de Chirurgie,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique,

Qui a bien voulu me communiquer deux observations personnelles se rapportant à ma thèse.

A MES JUGES.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLEMIN,

Professeur d'anatomie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique,
Officier de Sainte-Anne de Russie.

Cher Maître,

C'est ma profonde gratitude que je tiens à vous exprimer ici pour les conseils éclairés et affectueux que vous m'avez toujours prodigués durant mes cinq années d'études médicales. Soyez assuré, mon cher Maître, de ma sincère reconnaissance et de mon entier dévouement.

INTRODUCTION

Les luxations des phalangines et des phalangettes des quatre derniers doigts sont très rares, et, excepté les thèses de Burette (Paris, 1878), de Gateau (Bordeaux, 1904), qui en font un exposé détaillé, les traités chirurgicaux ne font qu'en donner les principaux caractères; quant aux observations se rapportant à ce sujet, elles sont souvent incomplètes.

Nous avons observé, au mois de janvier 1945, avec M. le Docteur Barroux, chirurgien des hôpitaux, un cas de luxation en avant de la phalangine du médius.

A cette occasion, nous avons pensé qu'il pourrait être utile de grouper les différentes observations que nous avons recueillies concernant les luxations interphalangiennes pour faire de la question une revue d'ensemble.

L'unité anatomique et fonctionnelle des articulations interphalangiennes nous permet d'englober ces luxations dans la même étude, en signalant simplement, chaque fois que le fait se présentera, les différences qui peuvent exister au point de vue étiologie, anatomie pathologique, symptomatologie et traitement.

Nous avons volontairement écarté les luxations du pouce qui, d'après Malgaigne, sont, à elles seules, plus communes que toutes celles des phalangines et des autres phalangettes réunies et qui, en raison de leur fréquence, ont fait l'objet d'études complètes et précises. Farabeuf en a bien montré l'étiologie, le mécanisme particulier et le traitement.

Nous avons, de même, passé sous silence les articulations métacarpophalangiennes des quatre derniers doigts et leurs luxations. Nous n'avons pas trouvé de points de comparaison suffisants pour justifier leur intégration dans une étude d'ensemble.

Ces articulations diffèrent, en effet, anatomiquement, fonctionnellement, des deux dernières, et les traumatismes qui les atteignent donnent des lésions très voisines de celles du pouce.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les luxations des phalanges, par suite de leur rareté, de leur réduction facile et du peu de complications qu'elles donnent n'ont jamais passionné le clinicien.

Leur histoire n'est marquée que par peu de noms et leur description reste, pendant longtemps, vague et imprécise. Les lésions sont décrites en bloc, sans distinction d'articulation ni de doigt. On admet, en général, quatre variétés de luxations :

En arrière;

En avant;

Sur le côté interne;

Sur le côté externe.

Cependant, pour certains chirurgiens, cette classification des luxations ne semble pas correspondre à la réalité.

Delpech met en doute les luxations sur les côtés. Boyer déclare n'avoir vu que des luxations en arrière et estime impossibles les luxations en avant.

Il faut arriver à Malgaigne, en 1847, pour trouver une étude sérieuse de ces luxations interphalangiennes. Il réunit 14 cas de luxation de la phalangine qu'il étudie en

détail et donne la description la plus complète parue à cette époque sur les phalangettes.

A sa suite, les auteurs qui se sont occupés de la question se sont montrés plus exacts dans leur exposé en désignant le doigt et l'articulation atteinte.

Polaillon, dans son *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,* nous renseigne sur la fréquence relative des luxations interphalangiennes.

Il trouve 69 cas de luxations des phalangettes contre 26 cas de luxations des phalangines. La luxation des phalangettes est donc la plus fréquente. Le doigt le plus souvent atteint est le médius; le mode le plus fréquent est la luxation en arrière.

Burette fait le point de la question en ce qui concerne les luxations des phalangettes.

Gateau donne une description détaillée des luxations de la phalangine, surtout du point de vue mécanisme et anatomie pathologique. Pour lui, la luxation la plus fréquente se fait en avant.

En 1912, Delaunay publie deux cas de luxations particulières, l'une antéro-externe, l'autre postéro-externe. Il les appelle « luxations à déplacement complexe ». D'après lui, ces luxations se distinguent des quatre variétés déjà étudiées et méritent un classement à part.

Avant lui, Burette, dans sa thèse, en avait signalé deux observations sans y prêter une attention spéciale, et Mabboux avait parlé d'un cas de luxation postéro-latérale.

Dans la littérature médicale moderne nous n'avons trouvé que quelques observations de luxations interphalangiennes avec un cas à déplacement postéro-interne. Quant aux articles spéciaux des traités de chirurgie actuels, ils continuent d'étudier seulement les quatre variétés classiques en passant sous silence ces déplacements intermédiaires qui, à vrai dire, paraissent très rares.

CHAPITRE II

RAPPEL ANATOMIQUE

Il nous a paru nécessaire de faire précéder l'étude proprement dite des luxations interphalangiennes de quelques considérations anatomiques qui permettront de mieux comprendre certains points de notre exposé.

Les articulations interphalangiennes sont des trochléarthroses qui, par conséquent, ne permettent aux doigts que des mouvements d'extension et de flexion.

Elles présentent à décrire :

1° *Les surfaces articulaires.* — Elles forment du côté proximal une véritable poulie avec deux parties latérales légèrement bombées et du côté distal deux petites cavités glénoïdes séparées par une crête de mousse. La surface articulaire supérieure de la phalange s'étend plus loin du côté palmaire que du côté dorsal. Cette disposition anatomique permet un mouvement de flexion étendu qui, réalisé à son maximum, porte les parties molles des deux premières phalanges en étroit contact, rendant ainsi im-

possible toute hyperflexion. Nous verrons d'ailleurs, à propos du mécanisme des lésions, que Gateau n'a jamais pu obtenir sur le cadavre de luxation par la flexion forcée.

La surface articulaire supérieure de la phalangine remonte à peu près à la même hauteur en avant qu'en arrière; elle est moins étendue que la surface articulaire correspondante de la phalange.

2° *Moyens d'union.* — Une capsule fibreuse et deux ligaments latéraux constituent les moyens de contention.

Comme il s'agit d'articulations dans lesquelles les seuls mouvements possibles sont la flexion et l'extension, les ligaments antérieurs et postérieurs ne sont pas développés. Cependant, la surface articulaire inférieure est agrandie à sa partie antérieure par un fibrocartilage qui a souvent été décrit comme un ligament antérieur.

Pour qu'une luxation se produise, il est de toute nécessité qu'une brèche soit créée dans le manchon capsulaire, une simple distention ne permettant qu'une luxation incomplète. Cette brèche se produit avec le plus de fréquence en avant ou en arrière, c'est-à-dire là où il n'y a pas ligaments pour renforcer l'articulation.

3° *Synoviale.* — Une synoviale complète l'articulation. Comme toutes les synoviales articulaires, elle est très sensible à l'infection et, dans le cas de luxation ouverte, elle est susceptible d'être le point de départ de graves complications locales et même générales.

4° *Rapports.* — Les articulations interphalangiennes répondent en avant aux tendons fléchisseurs qui sont entourés d'une gaine synoviale sensible aux lésions septiques des articulations voisines. En arrière, elles répondent aux tendons extenseurs. Au cours des luxations, les tendons fléchis-

seurs ou extenseurs sont fréquemment déplacés latéralement, mais nous n'avons relevé aucune observation de rupture tendineuse.

Sur les côtés, les rapports se font avec les vaisseaux et les nerfs.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE

Ces luxations dépendent de nombreuses causes que nous pouvons diviser en deux catégories :

I. — Les causes prédisposantes.

II. — Les causes déterminantes.

I. — Causes prédisposantes

Sont, les unes, d'ordre général (âge, sexe, profession), les autres, d'ordre local (lésions articulaires ou préarticulaires préexistantes.

L'âge. — La fréquence des luxations varie suivant l'âge.

Elles sont rares chez l'enfant qui a des ligaments très souples, pouvant se distendre sans dommage à la suite d'un traumatisme.

Nous n'en avons relevé que deux cas concernant les phalangettes.

Elles sont rares chez le vieillard qui a un tissu osseux fragile et se fait, par conséquent, plus facilement une fracture. Nous en relevons cependant deux cas pour les phalangines dont un cas dans les deux observations que nous a communiquées M. le Professeur Loubat.

Elles sont surtout une affection de l'âge adulte.

A ce propos, Gateau donne les chiffres suivants pour les luxations de la phalangine :

1 cas à 15 ans;
7 cas de 20 à 30 ans;
10 cas de 30 à 60 ans.

Pour notre part, nous relevons :

6 cas de 30 à 60;
2 cas au delà de 60.

En ce qui concerne les luxations des phalangettes, Burette ne cite aucun chiffre. Nous nous sommes permis de réunir ses observations aux nôtres, qui sont peu nombreuses, pour rendre les résultats plus intéressants. Sur 18 cas que nous avons trouvés, l'âge n'est mentionné que sept fois :

1 cas à 12 ans;
1 cas à 13 ans;
2 cas de 20 à 30 ans;
3 cas de 30 à 50 ans.

Le sexe. — Il est certain que les hommes, en raison de leur activité physique, sont plus exposés que les femmes aux traumatismes violents.

Pour les phalangines, Gateau relève dans les observations où l'âge est signalé, 23 hommes et 2 femmes seulement.

De notre côté, nous obtenons des résultats moins concluants par suite du nombre restreint de nos observations :

6 hommes et 2 femmes.

En ce qui concerne les phalangettes, nous relevons :

12 hommes et 4 femmes.

La profession. — Ces luxations sont plus fréquentes chez les sujets particulièrement exposés à des chutes ou à des chocs sur les doigts (manœuvres, sportifs, etc...).

Cependant, ne perdons pas de vue que les luxations interphalangiennes chez les travailleurs restent des lésions excessivement rares. Pour fixer les idées, disons que *la proportion est à peu près une luxation pour* 5 *à* 600 *fractures des phalanges.*

Nous avons interrogé sur ce point M. le Docteur Dumas, médecin contrôleur des Assurances sociales, qui voit passer dans son cabinet environ 3.000 accidentés du travail par an. En 25 années d'exercice de sa profession, il se rappelle n'avoir vu qu'une dizaine de luxations interphalangiennes.

Lésions articulaires ou périarticulaires pré-existantes. — Nous rapportons dans l'observation 5 le cas d'une luxation en avant ayant succédé à une entorse grave. Le cas n'est pas fréquent, puisque nous ne l'avons trouvé qu'une seule fois, mais nous pouvons penser que, là comme pour les autres articulations, les arthrites, les entorses, les malformations osseuses prédisposent aux luxations interphalangiennes.

II. — Causes déterminantes

Nous avons recherché dans les thèses de Burette et de Gateau et dans les observations que nous avons nous-même rassemblées les causes les plus fréquentes de ces luxations. Voici nos résultats :

Chute sur la main :

22 luxations des phalangines;
5 luxations des phalangettes.

Choc sur l'extrémité des doigts :

7 luxations des phalangettes.

Torsion d'un doigt bloqué entre deux corps résistants :

3 luxations des phalangettes;
1 luxation de la phalangine.

Extension forcée des doigts :

4 luxations des phalangines.

Ces chiffres nous permettent de conclure que les chutes sur la main sont très souvent à l'origine des luxations de la phalangine et que les chocs sur l'extrémité des doigts semblent luxer avec prédilection la 3e articulation (voir à ce sujet les observations 11, 12, 13, 14, 15, 16).

Nous allons terminer l'étude de l'étiologie en donnant quelques chiffres sur la fréquence relative de chaque forme de luxation, sur le côté atteint et sur la fréquence du doigt atteint.

Fréquence relative de chaque forme de luxation. — Nous avons dit que, pour Gateau, les luxations en avant de la phalangine sont les plus fréquentes. Quant à nous, nous trouvons :

Luxations en avant	2
Luxations en arrière	3
Luxation interne	1
Luxation externe	0
Luxation en arrière et en dedans	1
Luxations en arrière et en dehors	2
Luxation en avant et en dehors	1

Ces résultats sont trop insignifiants pour être démonstratifs. Plus intéressants sont les chiffres que donnent les luxations des phalangettes.

Les cas observés se répartissent ainsi :

Luxations en arrière	8
Luxations en avant	3
Luxations internes	2
Luxation externe	0
Luxation en arrière et en dehors	1
Luxation en arrière et en dedans	1

Le déplacement en arrière est donc le mode de luxation le plus fréquent, et ce résultat correspond bien à celui de Polaillon qui trouve 47 luxations en arrière sur les 55 cas observés par lui.

Le côté atteint. — Pour les phalangines, Gateau trouve 18 luxations à gauche contre 14 à droite. « Il est étonnant, dit-il, de trouver la main droite atteinte dans une si faible proportion, car il semble que l'on doit plutôt s'en servir pour éviter un choc ou amortir une chute. »

Dans nos observations, nous avons relevé : 3 du côté gauche contre 2 du côté droit.

Dans les cas de luxations des phalangettes que nous avons consultés, c'est le côté droit qui a été le plus touché : 10 à droite contre seulement 3 à gauche.

Fréquence du doigt atteint en fonction de l'articulation :

Médius :		
	Phalangine	21
	Phalangette	4
Annulaire :		
	Phalangine	15
	Phalangette	4
Auriculaire :		
	Phalangine	11
	Phalangette	1
Index :		
	Phalangine	5
	Phalangette	3

Nous voyons que les luxations interphalangiennes siègent de préférence au niveau du médius et de l'annulaire, que le deuxième et le cinquième doigt sont atteints dans une plus faible proportion, mais que, toutefois, les luxations de la phalangine de l'auriculaire se produisent assez fréquemment.

Parties anatomiques lésées au cours des mouvements forcés	MOUVEMENTS FORCÉS PROVOQUANT LES LÉSIONS ARTICULAIRES						
	Flexion forcée	Extension forcée	Torsion de gauche à droite	Choc sur la face post. de la phalangine, la phalangette étant fixée	Hypertension et refoulement de la phalangine en avant	Inclinaison du côté interne	Inclinaison du côté externe
Ligament latéral externe.	PAS DE LÉSIONS		Déchiré			Déchiré	Déchiré
Ligament latéral interne.						Déchiré si traumatisme très violent	Déchiré si traumatisme très violent
Ligament antérieur. (Partie antérieure de la capsule et fibro-cartilage.)		Arraché à son insertion phalangienne plus 2 fragments osseux	Arraché à son insertion phalangienne plus 2 fragments osseux	Arraché à son insertion antérieure avec petits fragments osseux	Arraché à son insertion antérieure avec petits fragments osseux	Arraché avec petits fragments osseux	Arraché avec petits fragments osseux
Partie post. de la capsule.			Déchiré à sa partie externe			Partie externe déchirée	Partie interne déchirée
Tendon extenseur.			Dévié en dedans			Dévié en dedans	Dévié en dehors
Tendon fléchisseur.						Dévié en dedans	Dévié en dehors
Lésion des parties molles.		Déchirure au pli palmaire	Plaie sur le côté interne		Plaie au pli palmaire	Plaie côté externe	Plaie côté interne
Variétés de luxations obtenues au cours de divers mouvements forcés.		En arrière	Forme intermédiaire entre variétés dorsale et latérale interne	En avant	En avant	En dedans	En dehors

TABLEAU RÉSUMANT LES EXPÉRIENCES DE GATEAU CONCERNANT LES LUXATIONS

CHAPITRE IV

MÉCANISME DES LÉSIONS ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Gateau et Burette ont étudié le mécanisme de ces luxations sur le cadavre; mais en ce qui concerne les phalangines, le premier a fait des expériences particulièrement complètes que nous résumons dans le tableau de la page 22. Nous y voyons que les lésions ligamenteuses sont très importantes. L'arrachement de la capsule et du fibrocartilage en avant, appelé encore ligament antérieur, est constant. Il entraîne toujours avec lui deux petits fragments osseux provenant du bord antérieur de la phalangine.

Dans les luxations en arrière et en avant, le ligament antérieur est seul arraché.

Dans les luxations en dedans ou en dehors, en plus de l'arrachement du ligament antérieur, il y a déchirure du ligament externe et de la partie postérieure de la capsule en dehors dans le premier cas, et dans le second, déchirure du ligament interne et de la partie postérieure de la capsule en dedans. Dans ces luxations latérales, le ligament intact sera à son tour déchiré si le traumatisme est très violent.

On voit aussi que, par flexion forcée, il n'a jamais été possible à Gateau d'obtenir de luxation.

Après la déchirure des ligaments, une autre lésion très fréquente est celle des parties molles. Nous la voyons réalisée dans l'hyperextension, dans l'inclinaison sur le côté interne et sur le côté externe, dans la torsion.

Le traumatisme d'une part, les extrémités osseuses déplacées d'autre part déterminent des plaies d'autant plus importantes que le choc aura été plus violent. Comme au doigt l'articulation est voisine de la peau, la plaie se trouve constamment en rapport avec l'articulation.

Mais cette complication reste, malgré tout, peu fréquente. En examinant les observations recueillies par Gateau et les nôtres, nous trouvons, en effet :

Luxations fermées	23
Luxations ouvertes	9

Pour les phalangettes, Burette, sans donner le détail aussi précis de ses résultats, arrive à des conclusions identiques, à savoir :

Arrachement du ligament antérieur de son insertion distale : 17 fois sur 18 expériences.

Dans les luxations en dehors et en dedans, déchirure des ligaments latéraux.

Le tendon extenseur et le tendon fléchisseur restent intacts.

De plus, les luxations ouvertes sont, là encore, en nombre inférieur aux luxations fermées :

Luxations fermées	11
Luxations ouvertes	5

Luxations irréductibles d'emblée. — Ni Gateau, ni Burette, dans leurs expériences, n'ont pu réaliser de luxation irréductible.

Les chirurgiens modernes pensent que les obstacles à la réduction proviennent surtout de l'interposition entre les surfaces articulaires de la capsule ou des tendons; l'irrégularité des surfaces articulaires, les fractures parcellaires des extrémités et la traction des ligaments latéraux ne jouent qu'un rôle secondaire.

Geschwind rapporte un cas de luxation en dedans de la phalangine où la tête était bridée par une boutonnière formée uniquement par le ligament latéral interne et la languette interne de l'extenseur.

Cette irréductibilité d'emblée demeure un fait très rare.

Pour les phalangines, sur 35 observations que nous avons consultées nous ne trouvons qu'un cas d'irréductibilité d'emblée.

Pour les phalangettes, sur 16 observations, nous ne l'avons pas trouvée signalée une seule fois.

Il ne faut pas confondre luxation irréductible avec luxations anciennes qui, bien que souvent irréductibles, peuvent cependant, quelquefois, se réduire par des manœuvres de douceur.

Les luxations anciennes proviennent du fait qu'en présence d'une luxation simple ou irréductible d'emblée, on a laissé évoluer la lésion sans y porter remède.

Au point de vue anatomie pathologique, toute luxation passe par trois périodes :

1° Une période pendant laquelle la réduction peut encore se faire (luxation récente) ;

2° Une période pendant laquelle la déformation fibreuse ou osseuse rend la réduction de plus en plus difficile (luxation ancienne) ;

3° Une période à partir de laquelle toute réduction devient impossible (luxation invétérée).

Une luxation peut devenir ancienne suivant des délais très variables pour chaque individu.

De quelques jours à quelques mois, il n'est pas possible de préciser davantage.

Thorens avait dû employer le chloroforme pour une luxation datant d'un mois, tandis que Liston avait pu en réduire une datant de 2 mois et demi.

Ces luxations anciennes sont aussi rares que les luxations irréductibles d'emblée. Nous n'en avons relevé qu'un cas pour les phalangines et un cas pour les phalangettes. Le malade, en effet, réalise souvent lui-même la réduction ou va voir un médecin qui l'obtient sans beaucoup de difficultés quelques instants après le traumatisme, et la lésion n'a pas le temps d'évoluer vers le stade de luxation ancienne.

CHAPITRE V

ÉTUDE CLINIQUE

Nous allons d'abord passer en revue les signes communs aux luxations interphalangiennes, puis nous parlerons des signes propres à chaque variété.

Signes communs

1° *Symptômes subjectifs :*

La douleur est un signe constant; elle augmente au moment des essais de mobilisation.

L'impotence fonctionnelle est totale, mais de courte durée, et c'est là un caractère qui la différencie des fractures articulaires ou para-articulaires dans lesquelles la mobilité ne reparaît qu'après le début de la consolidation.

2° *Symptômes objectifs :*

Déformation articulaire. — Le déplacement des surfaces articulaires, en modifiant leurs rapports normaux, provoque un changement dans la forme de la région.

Changements dans la direction et la longueur du doigt. — Chaque variété de luxation présente une attitude particulière du doigt qui ne peut être corrigée tant que la réduction n'est pas opérée. Suivant le cas, on remarque une

déviation de la phalangine ou de la phalangette soit dans le sens de la flexion, soit dans le sens de l'extension, soit latéralement. Quelquefois, elles restent parallèles à la direction générale du doigt, mais dans un autre plan.

Quant à la longueur, elle sera plus ou moins réduite suivant la grandeur du chevauchement des extrémités osseuses. Dans quelques cas, la longueur du doigt peut être, en apparence, conservée comme, par exemple, dans l'observation de Labeau que nous avons rapportée sous le n° 18.

Le gonflement péri-articulaire. — Existe presque constamment et peut gêner le diagnostic en déformant la région et en masquant les saillies osseuses.

L'ecchymose est un symptôme inconstant et doit faire penser plutôt à une fracture concomitante.

Le craquement articulaire provient du frottement du cartilage sur les parties molles avoisinantes lorsqu'on mobilise les os.

La radiographie sera le complément indispensable de tout examen clinique de ces articulations. Nous l'étudierons plus en détail à propos du diagnostic.

Les symptômes généraux que nous venons de donner concernent les luxations récentes; lorsqu'on se trouve en présence d'*une luxation ancienne*, la symptomatologie est la même avec, comme caractères spéciaux, la persistance ou l'augmentation des symptômes objectifs, la disparition ou la diminution des phénomènes subjectifs, l'amélioration des troubles fonctionnels.

Hamilton rapporte le cas d'un homme de 41 ans chez lequel la luxation datait de 18 ans; un chirurgien avait essayé de la réduire après l'accident mais sans pouvoir y réussir. L'articulation était presque ankylosée. Cependant, le malade se servait de son doigt aussi bien qu'avant.

Symptomatologie spéciale suivant la variété de luxations

I. — *Phalangines :*

a) *Luxation en arrière* (obs. n^{os} 1, 2, 3). — Il existe une saillie antérieure formée par l'extrémité inférieure de la phalange, une seconde postérieure formée par la cavité glénoïde de la phalangine.

La position du doigt est variable. Tantôt on trouve la phalangine placée parallèlement à la phalange, mais sur un autre plan, tantôt la phalangine est redressée sur la phalange formant avec elle un angle obtus ouvert en arrière.

b) *Luxation en avant* (obs. n^{os} 4, 5). — Saillie très nette de la première phalange en arrière et de la phalangine en avant.

La phalangine est légèrement fléchie, tandis que la phalangette est étendue.

c) *Luxations latérales.* — Se font, comme nous l'avons vu, en dehors et en dedans. Les luxations externes sont très rares. Un seul cas en a été décrit par Rollet et encore est-il contesté.

L'observation n° 6 que nous avons recueillie concerne une luxation interne.

La phalangine luxée est fortement déviée en dedans, au point de croiser la direction du doigt voisin. Au sommet de l'angle on sent l'extrémité inférieure de la première phalange. La phalangine fait saillie au côté interne de celle-ci.

II. — *Phalangettes :*

a) *Luxation en arrière* (obs. n^{os} 14, 15, 16, 17, 18). — Dans ce cas, la phalangette détermine une saillie dorsale

avec une dépression au-dessus de sa base; la phalangine a une saillie palmaire perceptible. La phalangette est en extension forcée; parfois elle se place perpendiculairement à l'axe du doigt.

b) *Luxation en avant* (obs. n^{os} 11, 12, 13). — Il y a saillie de l'extrémité inférieure de la phalangette en avant. Les trois observations que nous avons relevées ne donnent aucun détail concernant la position prise par la phalangette au cours de cette luxation.

Burette se réfère à une observation d'ailleurs incomplète de Cooper, dans laquelle la luxation en avant avait déterminé la demi-flexion. Par contre, dans un cas cité par Hamilton, la phalangette était en hyperextension exagérée.

c) *Luxations latérales.* — Nous n'avons trouvé aucun cas de luxation en dehors. Quant à la luxation en dedans de la phalangette (obs. n° 19), elle donne les mêmes symptômes que celle de la phalangine dont nous avons parlé à la page précédente.

CHAPITRE VI

COMPLICATIONS

Luxation ouverte. — Ici, l'infection domine le problème thérapeutique.

L'observation n° 2 donne l'exemple d'une plaie importante, puisqu'il s'agissait presque d'une désarticulation, convenablement traitée, qui guérit sans aucun ennui. L'observation n° 8, par contre, donne un aperçu de quelques complications qui peuvent survenir à la suite d'une luxation ouverte : synovite suppurée de la gaine du tendon fléchisseur avec menace de phlegmon, œdème et sensibilité de la main. Arthrite et ankylose.

Ankylose. — Elle est plus ou moins serrée et peut survenir après les luxations simples ou ouvertes. La luxation une fois réduite, l'articulation garde une certaine raideur qui limite plus ou moins les mouvements pendant le reste de la vie.

Nous avons relevé pour les phalangines : sur 35 luxations, 7 cas d'ankylose définitive.

Nous ne parlons évidemment pas ici des raideurs articulaires qui disparaissent au bout d'un certain temps.

Pour les phalangettes nous n'avons noté que 2 cas d'ankylose sur 16 luxations.

On peut quelquefois constater de l'atrophie consécutive du doigt atteint; nous en avons relevé 2 cas.

Rupture des tendons. — L'*Encyclopédie chirurgicale* donne la déchirure du tendon extenseur comme une complication fréquente de la luxation des phalangettes. Nous ne l'avons pas trouvée signalée dans les observations que nous avons relevées.

La rupture des tendons fléchisseurs, extrêmement fréquente dans les luxations de la phalangette du pouce, n'a jamais été signalée, à notre connaissance, pour les quatre autres doigts. Burette, en expérimentant sur le cadavre, a constaté que ces tendons étaient toujours conservés. On comprend, néanmoins, qu'ils puissent être rompus dans les cas de déchirure profonde des téguments.

Luxation fracture. — Nous n'avons jamais trouvé de luxation associée à une fracture.

Luxations interphalangiennes associées. — Nous les trouvons 5 fois sur 35 luxations de la phalangine. Sur ces 5 cas, 2 se sont terminées par une ankylose assez serrée.

Pour les phalangettes, nous en relevons un cas terminé par l'ankylose de l'articulation.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

I. — *Clinique.*

Le diagnostic d'une luxation est d'autant plus simple qu'il s'agit d'une luxation récente complète, que l'examen est pratiqué le plus tôt possible avant l'apparition du gonflement des parties molles péri-articulaires. Par contre, il est des cas où ces conditions n'étant pas réalisées, le diagnostic peut présenter certaines difficultés.

En présence d'un traumatisme d'une articulation interphalangienne sans déplacement évident du doigt, il faut s'efforcer d'établir s'il s'agit ou non d'une luxation. On doit écarter par élimination les autres diagnostics possibles, contusions, entorses, fractures.

Contusions et entorses. — Lorsqu'elles s'accompagnent d'un gonflement important des parties molles, elles peuvent prêter à confusion; néanmoins, la douleur est en général plus vive, plus persistante et plus limitée. Il n'existe, en outre, aucune modification de la longueur ou de l'axe du doigt; les rapports normaux des surfaces articulaires sont conservés et les mouvements sont possibles quoique douloureux.

Les fractures, surtout les fractures juxta-épiphysaires,

peuvent prêter à confusion. Dans ce cas, la saillie unique est moins arrondie et moins volumineuse que celle formée par une extrémité articulaire déplacée. De plus, cette saillie est située à quelque distance de l'article, et l'on peut trouver des signes de fracture associés, tels que crépitation, ecchymose.

Une fois ces causes probables éliminées, c'est par la recherche des rapports normaux ou anormaux des différentes saillies articulaires, par la mensuration, par la radiographie, que se fera le diagnostic de luxation.

II. — *Le diagnostic radiographique.*

Il est le complément indispensable de tout examen clinique pour renseigner sur l'existence, le sens, la dimension du déplacement, les lésions osseuses si minimes soient-elles qui accompagnent la luxation. La radiographie apporte la solution sur une lésion traumatique restée indéterminée et permet de redresser une erreur de diagnostic.

Labeau, à propos d'un cas (observation 18) où la lésion n'était apparente que de profil, signale la nécessité de demander au radiologue deux épreuves : une de face et une de profil, afin d'éviter des erreurs toujours possibles que l'on n'hésite pas parfois à qualifier d'erreur de radio, alors qu'il s'agit simplement d'interprétation erronée ou de clichés insuffisamment étudiés.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Nous envisageons successivement dans ce chapitre le traitement :

1° Des luxations simples;

2° Des luxations ouvertes;

3° Des luxations anciennes et des luxations récentes irréductibles.

1° Luxations simples

En présence d'une luxation récente, le chirurgien doit chercher à obtenir :

1° La réduction du déplacement;

2° Le maintien de la réduction;

3° Le rétablissement des mouvements articulaires.

1° *La réduction :*

Cette réduction, dans les cas où il n'existe pas de complications, doit être réalisée le plus tôt possible après l'accident.

En général, ces luxations constituent des lésions de réduction facile, et le résultat final est d'ordinaire parfait.

Le médecin diagnostique une luxation, sans bien s'occuper de la variété, tire sur le doigt; le déplacement disparaît et tout rentre dans l'ordre.

Dans certains cas, cette simple traction ne suffit pas, et on est amené à provoquer la réduction par des manœuvres plus compliquées.

Par exemple dans l'observation n° 4, rapportée par Bonneau, il s'agit d'une luxation de la phalangine en avant ayant résisté à toutes les réductions par traction sur le doigt. Or, il suffit à l'auteur de mettre doucement la phalangine en hyperflexion pour la voir presque spontanément reprendre sa place. Bonneau en donne l'explication suivante : « Pour se luxer sur la face palmaire de la phalange, la phalangine a fait éclater la capsule articulaire, et elle est passée à travers cette capsule. Tirer dans l'axe du doigt, c'est tendre de chaque côté de la phalangine les deux lèvres de la capsule.

» Ainsi la boutonnière fait une fente rigide qui laisse d'autant moins repasser la base de la phalangine que l'on tire davantage sur le doigt. On réalise par cette mauvaise traction un cercle vicieux. Il est facile d'en sortir par l'hyperflexion de la phalangine qui, elle, relâche les lèvres de la capsule et fait bâiller la boutonnière à travers laquelle la base de l'os repasse vivement. »

Quand la simple traction ne suffit pas, il existe donc, pour chaque variété de luxation, certains mouvements combinés qui permettent la réduction à meilleur compte.

Le procédé de choix est la traction sur la phalange maintenue inclinée du côté de la lésion, puis portée brusquement en sens contraire, ce qui fait reprendre aux os luxés leur place normale. Par exemple, dans la luxation en arrière, nous tirons sur la phalange maintenue en hyperextension, puis un brusque mouvement de flexion réduit la luxation.

Un deuxième procédé employé consiste à exercer des pressions en sens inverse sur les surfaces articulaires en y combinant au besoin les tractions sur le doigt.

Bien souvent, pour augmenter la prise et faciliter ainsi la réduction, on se sert de la pince spéciale de Lüer ou de Farabeuf.

L'anesthésie dans la réduction des luxations. — Pour éviter la douleur chez des malades particulièrement émotifs ou pour faciliter la réduction dans des luxations déjà anciennes, on emploie l'anesthésie locale.

La cocaïne fut la première employée à la dose de 1 p. 200 ou 300, avec ou sans adrénaline; on utilise actuellement plus volontiers la novocaïne à 1 p. 200 et autres dérivés qui permettent sans danger l'emploi d'une quantité plus grande de liquide anesthésique.

A quels signes reconnaît-on que la réduction est obtenue ? — Le retour des os à leur place normale est généralement indiqué par un claquement que perçoit le blessé et même l'entourage.

En outre, la douleur diminue, le doigt reprend sa longueur, sa direction et sa forme. Il peut de nouveau exécuter les mouvements que la luxation avait rendus impossibles.

Le contrôle de la réduction par l'écran est toujours recommandable.

2° *Le maintien de la réduction :*

La réduction obtenue, il faut immobiliser le doigt. La contention est généralement facile et ne comporte souvent que l'application d'attelles avec l'adjonction d'un bandage approprié qui maintient le doigt dans une position aussi inverse que possible de celle qu'il avait au moment du traumatisme.

Pourtant, il n'est pas exceptionnel que la réduction,

même après avoir été facilement obtenue, soit difficile à maintenir par ces simples moyens.

Il peut être indiqué alors d'avoir recours soit aux appareils plâtrés, soit à l'extension continue.

L'extension continue peut se pratiquer avec les mêmes appareils employés par les chirurgiens pour les fractures des doigts. Le caoutchouc est le plus employé comme agent de traction permanente. Voici l'exemple d'un appareil fré-

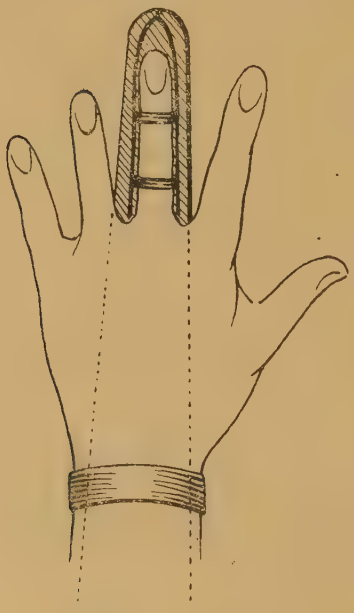


Fig. 1

Fig. 2

quemment utilisé et qui demande, pour sa confection, un minimum de matériel.

Une simple attelle de bois, dépassant le doigt intéressé de 6 à 8 cm. est fixée au poignet par une bande ordinaire ou par un tour de bande plâtrée. Un trou percé à l'extrémité de la planchette permet d'attacher un tube en caoutchouc qui, fixé de chaque côté du doigt par du leucoplaste, assure l'extension continue (fig. 1).

D'autres substances que le caoutchouc peuvent être em-

ployées pour produire, par leur distention permanente, cette traction qui est à la base de la méthode.

Dans la figure 2, c'est un ressort métallique qui est utilisé comme moyen d'extension continue.

3° *Rétablissement des fonctions articulaires :*

Pour empêcher l'apparition de raideurs, la durée de l'immobilisation doit être courte.

On a préconisé depuis longtemps le massage et la mobilisation précoces au rythme de plusieurs séances par semaine. Si, par ce moyen, on ne peut assurer toujours une récupération fonctionnelle complète, du moins évite-t-on, en général, l'apparition d'une ankylose totale et définitive.

2° Luxations ouvertes

Le traitement destiné à prévenir ou à combattre l'infection doit primer toute thérapeutique.

La luxation une fois réduite, il faut surtout lutter ici contre l'ankylose dont le risque est plus important que dans les luxations simples. Nous avons trouvé, en effet, en ce qui concerne les phalangines : 4 ankyloses sur 9 luxations ouvertes traitées et 3 ankyloses seulement sur 26 luxations fermées.

Toute raideur articulaire devra donc être traitée par le massage et la mobilisation précoce et si, malgré les précautions, l'ankylose s'installe, il faudra avoir recours aux méthodes sanglantes que nous allons exposer à propos des luxations anciennes.

3° Luxations anciennes et luxations récentes irréductibles

Méthode non sanglante :

Lorsqu'on se trouve en présence d'une luxation dite irréductible, il faut se souvenir que des manœuvres bien con-

duites permettent souvent d'obtenir la réduction du déplacement. L'observation 4 que nous avons déjà citée plus haut en est un exemple frappant. Le blessé est adressé à Bonneau comme étant atteint de luxation irréductible, et celui-ci, par une manœuvre appropriée, réalise immédiatement la réduction.

Ne doivent donc être vraiment considérées comme irréductibles d'emblée que les luxations qui ont résisté à des mouvements de réduction correctement exécutés.

Dans les luxations anciennes, la réduction par manœuvre externe doit être tentée avant toute autre manœuvre. Nous avons vu que la luxation ancienne, avant de devenir invétérée, restait encore susceptible de réduction pendant un temps variable. Lefèvre réduit sans difficulté après une anesthésie locale une luxation méconnue qui remontait à plus d'un mois et qui passait pour être irréductible.

Méthodes sanglantes :

Si l'on n'a pas obtenu de résultat par des méthodes non sanglantes, et si l'on veut éviter l'ankylose de l'articulation, on est obligé d'arriver à l'intervention chirurgicale qui peut consister, soit simplement à remettre en place la tête luxée: c'est la reposition sanglante, soit à la réséquer.

Reposition sanglante. — Le but recherché est de remettre en place la tête luxée à la faveur d'une arthrotomie que l'on complète au besoin par l'excision des parties qui s'opposent à la remise en place et au maintien des surfaces articulaires.

Cette opération, même quand elle est correctement exécutée, peut laisser une certaine raideur articulaire et parfois de l'ankylose pouvant nécessiter une résection secondaire.

Résection. — Dans les cas où la réduction sanglante ne peut être obtenue qu'au prix de grandes difficultés, il vaut

mieux avoir directement recours à la résection d'une extrémité osseuse.

Cette résection doit être de préférence réservée à l'adulte. Chez l'enfant, en supprimant une épiphyse, on arrête en partie le développement du doigt; d'autre part, l'ostéogénèse étant très active, l'ankylose sera particulièrement fréquente. Tandis que chez le vieillard le doigt peut rester ballant par défaut d'ostéogénèse.

La résection de ces têtes phalangiennes est en général facile, et les résultats fonctionnels, pour être bons, demandent des soins post-opératoires souvent longs et persévérants.

Les soins post-opératoires sont, là encore, *le massage et la mobilisation précoce.*

Dans notre observation 2 (personnelle), nous relatons le cas d'une malade que M. le Docteur Barroux a opérée au début de février 1945 pour une luxation irréductible de la phalangine du médius entraînant une déformation du doigt en crochet.

Avant l'opération, la blessée ne pouvait absolument pas mobiliser le doigt. Quand nous l'avons revue, le 2 mars, moins d'un mois après l'opération, une flexion de 30° était possible grâce aux massages et à la mobilisation progressive.

Le 15 mars, date d'un nouvel examen, l'état fonctionnel du doigt s'était encore amélioré; les mouvements de flexion et d'extension avaient une amplitude de 40° environ. La malade étant encore actuellement en cours de traitement, nous ne pouvons apporter le résultat définitif de cette intervention, mais d'ores et déjà nous pouvons affirmer que les possibilités fonctionnelles sont incomparablement meilleures qu'avant l'opération.

OBSERVATIONS

Luxations des phalangines
Luxations en arrière

OBSERVATION N° 1

Lefèvre. — Luxation en arrière de la phalangine du médius.
(*Journal de Médecine de Bordeaux,* 1920, 101)
(Résumé)

Homme. — Chute sur la main. Il existe une déchirure des téguments à la face palmaire.

Quand j'ai vu le blessé, la luxation remontait à 1 mois et était irréductible. On sentait le relief de la tête de la phalange et la saillie dorsale de la base de la phalangine.

Réduction pratiquée après anesthésie locale. Phalangine en hyperextension pendant qu'un aide propulse la base de la phalangine.

Après la réduction, les mouvements de flexion sont possibles, alors qu'avant le doigt était impotent.

OBSERVATION N° 2

David. — Luxation en arrière de la phalange de l'index.
(*Journal des Sciences médicales de Lille,* 1910, 11, 511-513)
(Résumé)

Homme, 39 ans. — Luxation par arrachement incomplet du

doigt; seul le segment dorsal de la capsule a résisté. La base de la phalangine chevauche la face dorsale de la 1re phalange.

Plaie palmaire en communication avec l'articulation. La réduction s'opère sans trop de difficulté. Traction de l'axe et propulsion directe sur la base de la phalangine. La plaie est désinfectée et refermée. Les suites sont excellentes. Moins d'un mois après l'accident il ne subsiste qu'un peu d'empâtement articulaire et une diminution d'amplitude de flexion de la deuxième phalange sur la première.

OBSERVATION N° 3

Cas personnel de M. le Professeur Loubat

Homme, 52 ans. — Chute en arrière par glissade. Luxation de la deuxième phalange sur la première de l'auriculaire de la main gauche.

Réduction immédiate, mais le doigt reste raide. Mobilisation progressive. Progrès assez lents. Résultats fonctionnels éloignés, très bon.

Luxations en avant

OBSERVATION N° 4

Bonneau (R.). — Réduction d'une luxation de la phalangine en avant.

(*Journal des praticiens*, 1926, p. 824)

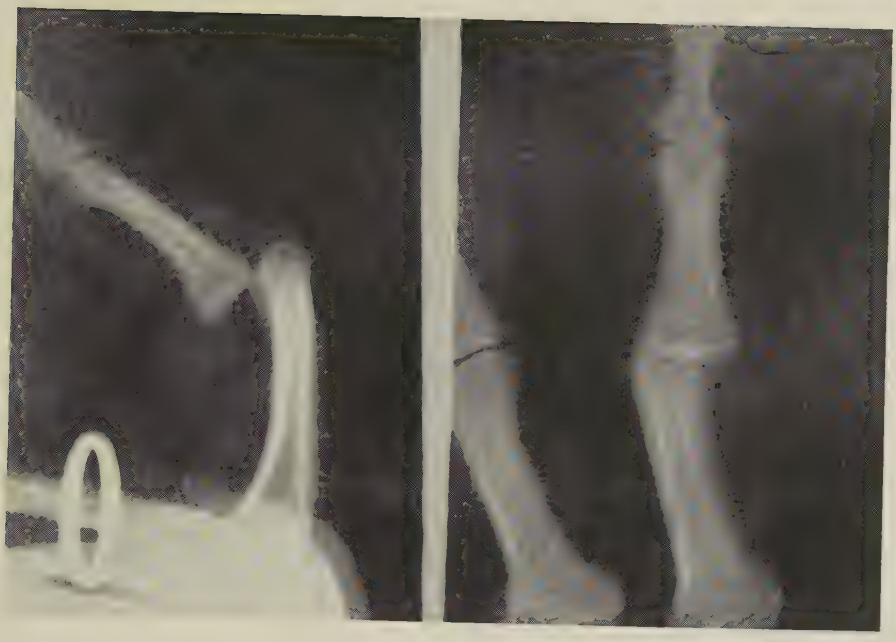
(Résumé)

Homme, 45 ans. — Chute sur main gauche.

Sa phalangine est luxée sur la face palmaire de la phalange. Phalangine et phalange sont approximativement en extension.

Luxation du médius au niveau de la phalangine en avant.

Toutes les tentatives de réduction restent vaines; le blessé m'est présenté comme atteint d'une luxation irréductible. Il suffit de mettre la phalangine en hyperflexion pour que la réduction s'opère.



Luxation en avant de la phalangine du médius,
(*Observation V* personnelle.)

Luxation interne de la phalangine de l'annulaire.
(*Observation VI* de Monsieur le Professeur LOUBAT.)

OBSERVATION N° 5

(Personnelle)

Femme, 35 ans. — Chute le 3 septembre 1944 sur main gauche. Le médius est douloureux. Le Docteur Barroux, consulté, diagnostique une entorse grave. Un plâtre est fait pour maintenir le doigt en rectitude.

Le 6 octobre, le plâtre est enlevé; et, progressivement, malgré des séances de massage et de mobilisation, s'installe en un mois une déformation définitive du doigt en crochet avec atrophie. Une radio est alors faite qui montre une luxation antérieure de la deuxième phalange sur la première. Début février, le Docteur Barroux conseille l'intervention et réalise une résection de l'épiphyse distale de la première phalange. Les suites opératoires sont normales. L'examen du doigt montre, quelques jours après l'intervention, une articulation augmentée de volume, une deuxième phalange légèrement tordue en dehors sur son axe. Les mouvements ne sont pas encore possibles. Au bout de 10 jours on commence les massages et la mobilisation progressive à la cadence de 3 par semaine.

Examen le deuxième mois en cours de traitement :

La flexion et l'extension est de l'ordre de 30°.

L'articulation est nettement diminuée de volume.

La torsion de la deuxième phalange est plus légère.

Examen le 15 mars :

Flexion et extension de l'ordre de 40°.

L'articulation est presque normale.

La torsion est insignifiante.

Luxation interne

OBSERVATION N° 6

(Cas personnel de M. le Professeur Loubat)

M^me^ M..., 75 ans. — Chute sur la main. Luxation latérale interne de la deuxième phalange sur la première de l'annulaire droit. La radiographie montre nettement ce déplacement.

La réduction s'opère très facilement après anesthésie. Suites excellentes.

Luxation postéro-internes

OBSERVATION N° 7

Cottalorda. — Luxations simultanées en arrière et en dedans des deux dernières phalanges de l'annulaire.

(*Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Marseille*, t. VI, octobre 1932.)

Homme, 45 ans. — Accident d'automobile.

Réduction facile après anesthésie.

Lésion très rare, qui semble même exceptionnelle.

Luxations postéro-externes

OBSERVATION N° 8

Mabboux. — Luxation postéro-latérale de la phalangine du médius sur la phalange, avec complication de plaie articulaire à la face palmaire.

(*Bull. et Mém. Société de Chirurgie de Paris*, 1887)
(Résumé)

Homme, 67 ans. — Chute sur la main droite.

La réduction exige une certaine force.

Complication de la plaie. Synovite suppurée. Phlegmon, œdème et sensibilité de la main. Ankylose complète.

OBSERVATION N° 9

Delaunay. — Un cas de luxation postéro-externe de la deuxième phalange de l'annulaire.

(*Société des Chirurgiens de Paris*, 3, 1911, pp. 842, 844)

Femme, 36 ans. — Annulaire droit violemment tiré en dedans. Luxation postéro-externe. Réduction simple par traction. Suites excellentes.

Luxation antéro-externe

OBSERVATION N° 10

Delaunay. — Luxation antéro-externe de la deuxième phalange de l'index.

(*Soc. Chir. de Paris*, 10 nov. 1911, *in Paris Chirurgical*, t. III)

(Résumé)

Homme, 48 ans. — Chute sur la main. Luxation antéro-externe. Réduction par simple traction. Suites excellentes.

Luxations des phalangettes

Luxations en avant

OBSERVATION N° 11

Richmond. — Luxation de la phalangette.

(*Brit. M. J. London*, 1898, i, 18)

(Résumé)

Il s'agit du médius droit. A la suite d'un coup sur l'extrémité du doigt, la phalangette est déviée en avant.

La réduction est facile; pas de troubles consécutifs.

OBSERVATION N° 12

Coles. — Luxation de la phalangette.

(*Brit. M. J. London*, 1898, i, 431)

(Résumé)

Chez un jeune homme, une balle de criquet frappe l'extrémité de l'annulaire droit étendu. La phalangette est déviée en avant.

Réduction facile et sans suite.

OBSERVATION N° 13

Peck. — Luxation de la phalangette.

(*Brit. M. J. London*, 1888, i, 1071)

(Résumé)

Femme ayant reçu un coup de bâton sur l'extrémité de la main gauche. La phalangette est déviée en avant; la réduction est facile.

Luxations en arrière

OBSERVATION N° 14

Bays. — Luxation de la phalangette.
(*Brit. M. J. London,* 1887, ii, 1639)
(Résumé)

Jeune homme reçoit sur l'extrémité de l'index droit étendu une balle de criquet. Luxation de la phalangette en arrière.

Légère traction sur la phalange terminale et petite pression sur sa base. La réduction se fait.

OBSERVATION N° 15

Brownes. — Luxation de la phalangette.
(*Brit. M. J. London,* 1898, i, 18)
(Résumé)

Balle de criquet frappant l'extrémité du doigt étendu, provoque un déplacement de la phalangette en arrière. La phalangette est en extension forcée.

Traction et pression. Réduction facile.

OBSERVATION N° 16

Baylor (*B. M. J. London,* 1898, i, 18)
(Résumé)

Chez une femme, l'extrémité du médius droit est frappée avec force contre un mur, en tombant. Luxation en arrière.

Réduction tardive assez difficile. Contention difficile. Ankylose assez serrée.

OBSERVATION N° 17

Lumley. — Luxation de la phalangette.
(*Brit. M. J. London,* 1898, i, 882)
(Résumé)

Homme, 22 ans, chauffeur. — Médius droit violemment coincé entre deux morceaux de charbon. Plaie des parties molles. Réduction facile par traction et expression.

OBSERVATION N° 18

Labeau. — Luxation en arrière de la phalangette de l'index droit.
(*Gazette des Sciences médic. de Bordeaux*, 1913, n° 1, p. 8)
(Résumé)

Homme, 35 ans. — Doigt comprimé entre une benne et un bloc de charbon de 40 kilos.

Quand j'ai vu le blessé quatre jours après l'accident, une radio avait déjà été faite, mais n'avait montré aucune lésion. Il n'y avait pas de raccourcissement apparent du doigt, mais tout mouvement était impossible.

Je pratique un cliché de face et de profil. La radio de face ne montre rien. Par contre, le cliché de profil montre une luxation complète en arrière de la phalangette.

Luxation latérale

OBSERVATION N° 19

Péraire. — Luxation latérale ancienne irréductible de la phalangette de l'index. Résection de la tête phalangienne. Guérison.
(*Société Anatomique de Paris*, 1904, p. 36)
(Résumé)

Fillette, 13 ans. — Il y a cinq ans, reçoit un pavé assez lourd sur le dos de la phalangine. Phalangette déviée; on fait un appareil pour corriger la déviation qu'elle garde six semaines. La déviation se reproduit lorsqu'on l'enlève et ne fait que s'accentuer. Sept mois après, massages pendant six semaines. Pas de résultats. Actuellement, articulation immobile déformée. La phalangine et la phalange forment un angle d'environ 125°. Par suite du glissement en dedans de la dernière phalange, la tête phalangienne fait une saillie sous la peau en dedans et un peu en avant. L'extrémité déviée de la phalangine paraît légèrement hypertrophiée. La radio montre cette hypertrophie et une luxation latérale. Résection de la tête de la phalangine. Guérison parfaite.

CONCLUSIONS

I. — Les 2e et 3e articulations des doigts, identiques au point de vue anatomique et fonctionnel, donnent des luxations comparables, quant au mécanisme, aux symptômes, aux complications et au traitement.

II. — On distingue quatre types de luxations :

— En avant;
— En arrière;
— En dedans;
— En dehors.

Les luxations en avant ou en arrière sont les plus fréquentes.

Les luxations en dehors sont l'exception. Un seul cas a été rapporté.

III. — Les luxations interphalangiennes sont une affection extrêmement rare, même dans les accidents du travail. On ne rencontre à peu près qu'une luxation pour 5 à 600 fractures des phalanges.

IV. — Les luxations simples sont la majorité des luxations interphalangiennes.

Phalangines : 23 sur 35.

Phalangettes : 11 sur 16.

Les luxations ouvertes sont peu fréquentes.

Phalangines : 9 sur 35.

Phalangettes : 5 sur 16.

Les luxations irréductibles d'emblée ou anciennes restent l'exception.

Phalangines : 1 cas sur 35.

Phalangettes : 1 cas sur 16.

V. — Dans les luxations ouvertes, l'ankylose est assez souvent observée.

Phalangines : 4 ankyloses sur 9 luxations ouvertes.

Phalangettes : 2 ankyloses sur 5 luxations ouvertes.

Par contre, pour les luxations fermées, nous ne relevons que :

Phalangines : 3 ankyloses sur 26 luxations fermées.

Phalangettes : 0 ankylose sur 11 luxations fermées.

VI. — Les luxations interphalangiennes associées sont rares. Elles semblent constituer une complication par suite du risque plus grand d'ankylose. Nous trouvons 5 luxations associées sur 35 luxations de la phalangine. Sur ces 5 cas, 2 se sont terminés par une ankylose assez serrée. Pour la phalangette, nous relevons 1 seul cas de luxations associées suivi d'ankylose.

VII. — La radiographie est le complément indispensable de la clinique. L'examen radiographique doit toujours être pratiqué de face et de profil sous peine de laisser passer une luxation restée invisible dans une position déterminée du doigt.

VIII. — Le pronostic reste bon dans la majorité des cas.

IX. — Le traitement des luxations récentes est d'ordinaire très simple. La réduction est d'autant plus facile qu'elle est pratiquée plus tôt après l'accident.

X. — Les articulations ankylosées, les luxations irréductibles d'emblée, les luxations anciennes irréductibles peuvent être traitées par l'arthrotomie ou la résection.

L'arthrotomie est la moins traumatisante des deux méthodes, mais elle peut déclancher une ankylose secondaire.

La résection dans le cas que nous rapportons a donné un heureux résultat.

XI. — Le traitement des luxations interphalangiennes orthopédique et même sanglant donne en général de bons résultats fonctionnels.

XII. — Du point de vue travail manuel, une luxation invétérée, non suivie d'une adaptation relative, est une véritable infirmité prédisposant à des traumatismes nouveaux et nécessite parfois l'amputation du doigt.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen,*
DUPÉRIÉ.

Le Président du Jury,
VILLEMIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER.

Bordeaux, le 21 mars 1945.

Le Recteur,
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

GATEAU. — Thèse de Bordeaux, 1904.

BURETTE. — Thèse de Paris, 1878.

DELBET (P.). — *Nouveau traité de chirurgie*, t. IX, p. 704 à 712.

LEFÈVRE. — Luxation en arrière de la phalangine du médius, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1920, 101.

DAVID. — Luxation en arrière de la phalange de l'index, *Journal des Sciences médicales de Lille*, 1910, 11, 511-513.

BONNEAU (R.). — Réduction d'une luxation de la phalangine en avant, *Journal des Praticiens*, 1926, p. 824.

COTTALORDA. — Luxations simultanées en arrière et en dedans des deux dernières phalanges de l'annulaire, *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Marseille*, t. IV, octobre 1932.

MABBOUX. — Luxation postéro-latérale de la phalangine du médius sur la phalange avec complication de plaie articulaire à la face palmaire, *Bull. et Mém. Société de Chirurgie Paris*, 1887.

DELAUNAY. — Un cas de luxation postéro-externe de la deuxième phalange de l'annulaire, *Société des Chirurgiens de Paris*, 3, 1911, pp. 842-844.

— Luxation antéro-externe de la deuxième phalange de l'index, *Société Chirurgicale de Paris*, 10 novembre 1911, *in Paris Chirurgical*, t. III.

RICHMOND. — Luxation de la phalangette, *Brit. M. J. London*, 1898, i, 18.

COLES. — Luxation de la phalangette, *Brit. M. J. London*, 1898, i, 431.

PECK. — Luxation de la phalangette, *Brit. M. J. London*, 1838, i, 1071.

BAYS. — Luxation de la phalangette, *Brit. M. J. London*, 1877, ii, 1639.

BOWNES. — Luxation de la phalangette, *Brit. M. J. London*, 1858, i, 18.

BAYLOR. — Luxation de la phalangette, *Brit. M. J. London*, 1898, i, 18.

LUMLEY. — Luxation de la phalangette, *Brit. M. J. London*, 1858, i, 882.

LABEAU. — Luxation en arrière de la phalangette de l'index droit, *Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*, 1913, n° 1, p. 8.

PÉRAIRE. — Luxation latérale ancienne irréductible de la phalangette de l'index. Résection de la tête phalangienne. Guérison, *Société Anatomique de Paris*, 1904, p. 36.

BOYER. — *Traité des maladies chirurgicales*, t. III, p. 780, 1814.

DELPECH. — *Précis des maladies réputées chirurgicales*, t. III, p. 107, 1816.

ROLLET. — Luxation latérale de la seconde phalange de l'annulaire, *Journal de Chirurgie de Malgaigne*, 1845, p. 210.

MALGAIGNE. — *Traité des fractures et des luxations*, t. II, p. 748, 1847.

POLAILLON. — Article « Doigt » du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

Imprimerie René SAMIE: 21-23, rue Teulère. Bordeaux